

**Departamento de Servicios Humanos de Tennessee**

*Solicitud de Asistencia Familiar*

**ESTE CASILLERO ES PARA USO EXCLUSIVO DEL DHS**

Número de caso: \_\_\_\_\_

Fecha de recibo: \_\_\_\_\_

Condado: \_\_\_\_\_



**Si solicita SNAP o Cupones para Alimentos únicamente, aceptaremos su solicitud con sólo nombre, domicilio y firma.** Pero, cuanta más información nos dé, más rápido veremos si puede recibir ayuda. Si se le aprueba, sus beneficios comenzarán en la fecha en que presentó la solicitud. En la mayoría de los casos, tendrá que hablar con un empleado del DHS para completar el proceso de solicitud.

Podrá recibir SNAP o Cupones para Alimentos en 7 días si es que:

1. El ingreso mensual de su unidad familiar es menor que \$150, y ahora tiene recursos de \$100 o menos.
2. Su costo de albergue (más servicios públicos) es mayor que su ingreso mensual más ahorros.
3. Ud. realiza trabajo agrícola de temporada o migratorio.

Si Ud. presenta una discapacidad que le dificulte llenar o entender esta solicitud, podemos ayudarlo. Si Ud. no puede acudir a nuestra oficina, podemos llamarle o visitarlo.

<b>Nombre</b>			Estoy presentando una solicitud para: <input type="checkbox"/> Familias First (Familias Primero) <input type="checkbox"/> SNAP/Cupones para Alimentos		
<b>Domicilio del hogar</b>			Es posible que le llamemos al número de su casa o a su celular para recordarle una cita. Si no responde, le dejaremos un mensaje.		
<b>Ciudad</b>	<b>Estado</b>	<b>Código postal</b>	<b>Teléfono en casa</b>	<b>Teléfono en el trabajo</b>	<b>Teléfono celular/otro</b>
<b>Dirección postal (si es diferente)</b>			Nosotros usamos los Números de Seguridad Social para verificar su identidad, y para asegurarnos que Ud. reciba el importe correcto de ayuda, para cambiar dicho importe, para revisar otros registros de computadora y del gobierno y para asegurarnos de que Ud. reúne los requisitos. Verificamos los registros de Seguridad Social, IRS y empleo. Podemos revisar Registros de Inmigración y Naturalización. Si esos registros no coinciden con lo que Ud. menciona, ello podrá afectar el que Ud. reciba ayuda y cuánto obtenga en dinero en efectivo o en Cupones para Alimentos. Si proporciona información incorrecta a propósito para obtener ayuda, Ud. puede ser enviado a la cárcel.		
<b>Ciudad</b>	<b>Estado</b>	<b>Código postal</b>			

¿Necesita un intérprete? ( ) Sí ( ) No

De ser "sí", ¿para qué idioma? \_\_\_\_\_

El proporcionar información sobre Raza/Grupo Étnico ayuda a mostrar si es que el Estado está cumpliendo con las leyes de derechos civiles. Por favor, use lo siguiente para indicar la raza: **W** = Blanco/Caucásico, **B** = Negro/Afroamericano, **A** = Asiático, **H** = Originario de Hawái/Islands del Pacífico, **I** = Indígena estadounidense/Nativo de Alaska (**No se requiere que su unidad familiar nos dé esta información y ello no afectará su elegibilidad o nivel de beneficios.**)  
**Estado Civil:** Utilice las líneas siguientes para cada miembro adulto de la unidad familiar: **casado, soltero, divorciado, viudo, separado**

Enumere a todos en su unidad familiar (incluyendo a Ud.) Para añadir más personas, por favor adjunte otra solicitud u otra hoja de papel	¿Está solicitando beneficios esta persona? (Sí/No)	<u>(NO se necesita si la persona no desea recibir beneficios)</u> Para mayor información, consulte la página 1 de la Declaración de Entendimiento		Sexo (M/F)	(Opcional) Marque el recuadro si es Hispano/Latino	(Opcional) Raza (ver arriba) Anote todas las que correspondan	Estado Civil (ver arriba)	Fecha de Nacimiento	Marque el recuadro si la persona está embarazada	Marque el recuadro si la persona está discapacitada
		Número de Seguridad Social	Marque el recuadro si es ciudadano de EE.UU.							

Juro, so pena de perjurio (delito por mentir bajo juramento) y de todas las demás sanciones aplicables, que las declaraciones hechas en esta solicitud, en todos los anexos y a todas las personas que me entrevistaron, son verdaderas y correctas. Todas las personas que presentan solicitud o reciben ayuda son ciudadanos de EE.UU., extranjeros legales o inmigrantes elegibles. Entiendo y estoy de acuerdo con las normas y la información que se me proporcionaron. Si se me solicita, proporcionaré información que compruebe mi declaración u otorgaré permiso al DHS para obtener comprobantes. Entiendo que tengo que informar de todo cambio como me lo indique el DHS.

**Autorización:** Es posible que el estado de Tennessee o sus empleados necesiten comprobar que la información que proporcioné es verdadera. Con mi firma en este documento, acepto que se obtenga esa comprobación. Esto les permitirá decidir si puedo recibir Cupones para Alimentos o Familias Primero. También afirmo que leí y comprendí la Declaración de Entendimiento.

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_ **Testigo (si se ha firmado con X):** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Custodio legal o representante autorizado:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

<p align="center"><b>ESTE RECUADRO es para Familias Primero únicamente: Permiso para la divulgación de registros de asistencia escolar</b></p> <p>Yo (cliente) autorizo al Departamento de Educación de Tennessee o a la escuela de mi hijo a que entreguen los expedientes de asistencia escolar de los menores incluidos en esta solicitud al Departamento de Servicios Humanos de Tennessee. El Departamento de Servicios Humanos usará estos registros, incluyendo los números de seguridad social, para ayudarme a cumplir con mis obligaciones de Familias Primero. Los registros serán destruidos cuando ya no se necesiten.</p> <p><b>Firma:</b> _____ <b>Fecha:</b> _____</p>		<p align="center"><b>Sus beneficios de Cupones para Alimentos pueden terminarse si:</b></p> <p>*Proporciona información incorrecta u oculta datos para obtener beneficios de SNAP;          *Usa la Tarjeta de Seguridad para Beneficios de otra persona sin su permiso;          *Usa los beneficios de SNAP para comprar productos como cerveza, cigarrillos o jabón o para pagar cuentas de crédito.</p> <p><b>Si infringe estas normas, no recibirá beneficios de SNAP/Cupones para Alimentos:</b>          La primera vez por 1 año; la segunda vez por 2 años; y la tercera vez permanentemente.</p> <p><b>Si intercambia beneficios de SNAP/Cupones para Alimentos por drogas, puede ser suspendido:</b>          La primera vez por 2 años; y la segunda vez permanentemente.</p> <p><b>Será suspendido permanentemente del Programa de SNAP/Cupones para Alimentos si se le declara culpable de:</b>          *Intercambiar beneficios de SNAP/Cupones para Alimentos por armas de fuego, municiones o explosivos, o por sustancias controladas (drogas ilícitas);          *Vender beneficios de SNAP/Cupones para Alimentos por valor de \$500 o más.</p> <p><b>No proporcione información incorrecta acerca de su identidad o de dónde vive para recibir beneficios múltiples de SNAP/Cupones para Alimentos. Dar información incorrecta puede impedir que reciba SNAP/Cupones para Alimentos por 10 años.</b></p> <p><b>Sentencias Federales y/o Estatales:</b>          ¿Ud. o alguien en su unidad familiar ha sido hallado culpable de recibir Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF, Temporary Assistance for Needy Families; beneficios de dinero en efectivo) o beneficios de SNAP/Cupones para Alimentos en dos o más estados al mismo tiempo? Sí___ No___.          ¿Alguien ha usado fondos de TANF en los siguientes establecimientos: licorerías, casinos, salones de póker, negocios de entretenimiento para adultos, cauciones de fianzas, clubes nocturnos, bares/tabernas, salones de bingo, hipódromos o circuitos de carreras, tiendas de armas/municiones, barcos de crucero, médiums parasicológicos, tabaquerías, salones de tatuajes/perforaciones corporales y salones de masajes/balnearios? (sólo TANF) Sí___ No___.          ¿Ud. o alguien en su unidad familiar ha sido sentenciado por comprar o vender beneficios de SNAP/Cupones para Alimentos por más de \$500 después del 22 de agosto de 1996? Sí___ No___.          ¿Ud. o alguien en su unidad familiar ha sido sentenciado por un delito mayor debido a comportamiento relacionado con la posesión, uso o distribución de una sustancia o droga controlada después del 22 de agosto de 1996 (SNAP/Cupones para Alimentos y TANF) o por un delito mayor con violencia implicada (sólo TANF)? Sí___ No___.          ¿Se halla Ud. o algún miembro de su unidad familiar ocultándose o prófugo de la ley para evitar ser procesado, arrestado, o llevado a la cárcel por un delito mayor o intento de delito mayor, o por infringir una condición de libertad bajo palabra o probatoria? Sí___ No___.          ¿Ha sido Ud. o algún miembro de su unidad familiar sentenciado por intercambiar beneficios de SNAP/Cupones para Alimentos por drogas después del 22 de agosto de 1996? Sí___ No___.</p>	
<b>Registro de Electores</b>			
¿Está Ud. registrado para votar en donde vive actualmente? ( ) Sí ( ) No ¿Quisiera registrarse para votar? ( ) Sí ( ) No ¿Desea que el DHS le envíe por correo un formulario para registro de electores? ( ) Sí ( ) No <b>Los beneficios que Ud. pueda recibir del DHS no cambiarán ya sea que se registre o no se registre para votar.</b>			
<b>En los siguientes recuadros, proporcione información acerca de los <u>INGRESOS</u> de su unidad familiar.</b> Ingresos incluyen, entre otros, el ingreso por trabajo como empleado o por cuenta propia, pensión alimenticia, manutención infantil, beneficios por discapacidad, Seguridad Social/SSI, Compensación de Trabajadores, beneficios por Desempleo, pensiones, subsidios e intereses en ingresos.			
<b>Persona con impuestos por ingresos/gastos</b>	<b>Fuente de ingresos (tales como empleo, Seguridad Social, manutención infantil)</b>	<b>Cantidad mensual antes de impuestos/gastos</b>	
<b>Enumere cualquier Recurso de la unidad familiar (dinero en efectivo, cuentas bancarias corrientes, de ahorros o de otros tipos, certificados de depósito, acciones, bonos, fondos mutuales, cuentas para jubilación, fondos fiduciarios, rentas vitalicias u otros bienes líquidos)</b> <b>Tipo:</b> _____ <b>Valor:</b> \$ _____ <b>Tipo:</b> _____ <b>Valor:</b> \$ _____ <b>Tipo:</b> _____ <b>Valor:</b> \$ _____ <b>Tipo:</b> _____ <b>Valor:</b> \$ _____			
<b>Cualquier miembro que intencionalmente incumpla cualquiera de las normas, puede ser descalificado del programa de SNAP/Cupones para Alimentos desde un año y hasta para siempre, o multado hasta un máximo de \$250,000 o sentenciado con pena de cárcel de hasta 20 años o ambos. Él o ella podrá también ser objeto de procesamiento penal bajo otras leyes Estatales o Federales que correspondan. Él o ella podrá ser descalificado(a) del programa de SNAP/Cupones para Alimentos por 18 meses adicional si es que así lo ordena el tribunal. No intercambie ni venda las tarjetas de EBT, ni utilice la tarjeta de otra persona.</b>			
<b>Si Ud. tiene entre 18 y 24 años de edad, ¿ha estado alguna vez como menor bajo la custodia del estado? Sí___ No___</b>  <b>Gastos por Cuidado de Niños</b> Cantidad pagada por semana: \$ _____ Nombre del proveedor de cuidado de niños: _____	<b>Costos por Albergue</b> Alquiler / Hipoteca (encierre uno en un círculo) Cantidad mensual: \$ _____ Gas/Electricidad \$ _____ al mes Teléfono \$ _____ al mes	<b>Gastos Médicos</b> Enumere gastos médicos recurrentes, tales como recetas o primas de seguros. Esto puede ayudarle a obtener más Cupones para Alimentos si es que Ud. es una persona anciana o discapacitada. Tipo: _____ \$ _____ al mes Tipo: _____ \$ _____ al mes	<b>Manutención Infantil pagada</b> Si Ud. <u> paga </u> manutención infantil por un hijo o hijos, bajo obligación legal, indíquelo aquí:  Hijo: _____ \$ _____ al mes  Hijo: _____ \$ _____ al mes
De conformidad con las leyes federales y las políticas del Departamento de Agricultura de EE.UU. (USDA, U.S. Department of Agriculture) y del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU. (HHS, U.S. Department of Health and Human Services), se le prohíbe a esta institución discriminar en base a raza, color, nacionalidad de origen, edad, discapacidad, sexo, género de identificación, religión, represalias, y cuando corresponda, creencias políticas, estado civil, situación familiar o por ser padre/madre, orientación sexual, o si todo o parte del ingreso del individuo se deriva de cualquier programa de asistencia pública, o información genética protegida en el empleo o en cualquier programa o actividad conducido o financiado por el Departamento. (No todos los criterios bajo prohibición corresponderán a todos los programas y/o actividades de empleo. Para presentar una queja por discriminación, complete el Formulario de Queja por Discriminación en el Programa del USDA, que puede hallarlo en línea en internet en <a href="http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html">http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html</a> , o en cualquier oficina del USDA, o llamando al (866)632-9992 para solicitar el formulario. Envíenos su formulario de queja completado o su carta por correo a U.S. Department of Agriculture, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, DC 20250-9410, por fax al (202)690-7442 o por correo electrónico a <a href="mailto:program.intake@usda.gov">program.intake@usda.gov</a> . Escriba a USDA, Director, Office for Civil Rights, 200 Independence Avenue, S.W., Room 509F HHH Bldg., Washington, DC 20201 o llame al (202) 619-0403 (Voz) o al (202) 619-3257 (TTY). Individuos sordos, con dificultades de audición o con discapacidades de lenguaje, pueden contactar al USDA a través del Sistema de Intercomunicación Federal (Federal Relay Service) al (800)877-8339; o al (800)845-6136 (Español). El USDA y el HHS son proveedores y empleadores con oportunidades equitativas. También puede escribir a Tennessee, Department of Human Services, Office of General Counsel, Compliance Office, Citizens Plaza Building, 400 Deaderick Street, Nashville, TN 37243, (615) 313-4700.			

Copia del Cliente



¿Necesita informar de un cambio? ¿Tiene alguna pregunta?

¿Necesita ayuda? Llámenos. La llamada es gratuita.

**Centro de Servicio de Asistencia Familiar**  
**(Family Assistance Service Center)**

**1-866-311-4287**

Estamos aquí para ayudarle de 7 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes.

## **Declaración de Entendimiento - Normas del Programa** **¡Importante - Conserve este documento!**

Si Ud. tiene una discapacidad y necesita asistencia especial, por favor infórmenos de ello.

**INTÉRPRETES GRATUITOS** -- Si Ud. no entiende inglés y necesita ayuda, por favor háganoslo saber. Obtendremos un intérprete que le ayude a comunicarse con nosotros. Este servicio es gratuito. Obtener un intérprete no demorará el procesamiento de su caso. Todavía podremos recibir hoy su solicitud.

**Ud. puede solicitar beneficios de Familias Primero (Families First) o SNAP/Cupones para Alimentos** en una oficina del DHS. Para ello tiene que completar una solicitud, y puede obtener la solicitud del DHS en línea por internet o la puede completar en la oficina del DHS. Puede utilizar ese formulario para presentar una solicitud conjunta para más de un programa, o sólo para el programa de SNAP/Cupones para Alimentos. Su solicitud de SNAP/Cupones para Alimentos no será denegada tan sólo en base a que su solicitud a otro programa haya sido denegada. Ud. tiene que proporcionarnos comprobantes de su identidad y sus ingresos, y otros datos necesarios para aprobar su solicitud. Si necesita ayuda para obtener los comprobantes, pregúntele a su encargado de casos del DHS.

Si Ud., o si la persona a cuyo nombre Ud. está presentando una solicitud, es elegible para beneficios, los beneficios de SNAP/Cupones para Alimentos o de TANF serán proporcionados a partir de la fecha en que recibamos la solicitud con su nombre, dirección y firma en la misma. La fecha de recibo será diferente si la unidad familiar se encuentra en una institución y está solicitando SNAP y SSI al mismo tiempo. En ese caso, la fecha de recibo es la fecha de egreso de la institución.

- **Cualquier miembro de la unidad familiar que solicite beneficios de Familias Primero o SNAP/Cupones para Alimentos** tiene que proporcionarnos un número de Seguridad Social y su situación de ciudadanía o inmigración. La Ley de Alimentos y Nutrición (Food and Nutrition Act) nos permite usar los números de Seguridad Social para asegurarnos que Ud. reciba el importe correcto de ayuda, cambiar dicho importe, revisar registros de computadora y del gobierno y asegurarnos de que Ud. reúne los requisitos. Para revisar esos registros, usamos el Sistema de Verificación de Elegibilidad de Ingresos. Si esos registros no coinciden con lo que Ud. menciona, ello podrá afectar el que pueda recibir ayuda y la cantidad de dinero en efectivo o Cupones para Alimentos que obtenga. Si Ud. no tiene un número de Seguridad Social, nosotros le podemos ayudar a solicitarlo.
- Si Ud. tiene un número de Seguridad Social, y es ciudadano estadounidense, extranjero legal o inmigrante elegible, entonces tiene que solicitar beneficios si Ud. es miembro obligatorio de la familia.
  - Ejemplo: Los cónyuges, hijos y sus padres tienen que presentar solicitud como una misma unidad familiar a menos que Ud. esté optando por no solicitar beneficios para alguien que opta por no proporcionar su SSN o su situación de inmigración.
- El DHS **no necesita** los números de Seguridad Social ni la situación de ciudadanía/inmigración de los miembros de la unidad familiar que no estén solicitando beneficios. Si se proporciona el Número de Seguridad Social de alguien que no está solicitando beneficios, el mismo no se enviará a los Servicios de Inmigración y Naturalización para verificar su situación.
- Ud. puede solicitar beneficios para ciudadanos e inmigrantes elegibles aun cuando Ud. mismo no solicite beneficios.

Se tomarán en cuenta los recursos e ingresos incluso de las personas que no estén solicitando beneficios.

**Si Ud. está solicitando ayuda del DHS, podremos proporcionar su Número de Seguridad Social a:**

- La policía en busca de infractores de la ley, cuando la ley nos lo permite o exige que lo hagamos, o si se emite una orden del tribunal para ello.
- Otras agencias federales o estatales, si la ley nos lo permite o exige que lo hagamos.

### **¿Cuánto tiempo tardamos en tomar una decisión sobre su solicitud?**

- Pagos de dinero en efectivo de Familias Primero: Tenemos 45 días para decidir si Ud. puede recibirlos.
- SNAP/Cupones para Alimentos: Puede tardar hasta 30 días para decidir y otorgarle beneficios de SNAP/Cupones para Alimentos, si Ud. cualifica.
- Para tomar una decisión oportuna el DHS tiene que contar con su ayuda para obtener todos los comprobantes que necesitemos.

Su encargado de casos le indicará cuáles cambios tiene que declarar. Si recibe Familias Primero, Ud. tiene que informar al DHS de cualquier cambio en sus condiciones de vida dentro de un plazo de 10 días.

Si Ud. recibe SNAP/Cupones para Alimentos, tiene que informar cuando su ingreso mensual exceda el Límite de Ingresos Brutos de SNAP/Cupones para Alimentos para el tamaño de su unidad familiar. Su encargado le indicará la cantidad que ello fuera. Ud. tiene que informar de este cambio antes del 10° día del mes posterior a su cambio en ingresos.

### **Información sobre SNAP/Cupones para Alimentos:**

**Los beneficios de SNAP/Cupones para Alimentos no alterarán sus beneficios de Familias Primero.** Si deja de recibir pagos de dinero en efectivo de Familias Primero, Ud. puede aún recibir SNAP/Cupones para Alimentos. Pero si empieza a recibir Familias Primero, es posible que disminuyan sus beneficios de SNAP/Cupones para Alimentos. **Se le notificará de este cambio; sin embargo, puede recibir ese aviso con menos de diez días de anticipación a la disminución de beneficios de SNAP/Cupones para Alimentos.**

### **Sus beneficios de SNAP/Cupones para Alimentos podrán terminarse si Ud.:**

- Da información incorrecta u oculta datos para obtener beneficios de SNAP/Cupones para Alimentos;
- Utiliza la Tarjeta de Seguridad de Beneficios de otra persona sin su permiso, o si intercambia o vende la Tarjeta de Seguridad de Beneficios;
- Compra artículos con los beneficios de SNAP/Cupones para Alimentos, tales como cerveza, cigarrillos o jabón, o si paga cuentas de crédito.
- Paga con beneficios de SNAP/Cupones para Alimentos por alimentos adquiridos al crédito.

### **Si infringe estas normas, Ud. no recibirá beneficios de SNAP/Cupones para Alimentos:**

- por 1 año la primera vez.
- por 2 años la segunda vez.
- Nunca más la tercera vez.

### **Si intercambia beneficios de SNAP/Cupones para Alimentos por drogas, será descalificado:**

- por 2 años la primera vez;
- Para siempre la segunda vez.

### **Será descalificado para siempre del Programa de SNAP/Cupones para Alimentos si es que un tribunal lo declara culpable de:**

- Intercambiar beneficios de SNAP/Cupones para Alimentos por armas de fuego, municiones o explosivos.

- Vender beneficios de SNAP/Cupones para Alimentos por valor de \$500 o más.

**Dejará de recibir beneficios de SNAP/Cupones para Alimentos por diez (10) años si es que, para obtener múltiples beneficios de SNAP/Cupones para Alimentos, Ud. miente acerca de su identidad o su lugar de residencia.**

**Si no sigue su plan de Familias Primero, podremos cortar sus pagos de dinero en efectivo de Familias Primero o reducir sus beneficios de SNAP/Cupones para Alimentos.**

**Si no informa sobre ingresos por su trabajo o si es declarado culpable de haber infringido deliberadamente las normas del Programa de SNAP/Cupones para Alimentos, podrá tener que devolver dinero si recibe beneficios excesivos de SNAP/Cupones para Alimentos.**

**Las personas que infrinjan estas normas pueden ir a prisión, ser acusadas según las leyes federales o recibir multas de hasta \$10,000. Si se da a lugar una reclamación de SNAP/Cupones para Alimentos contra su unidad familiar, la información en esta solicitud, incluyendo todos los SSNs, podrá ser remitida a agencias Federales o Estatales así como a agencias privadas, para proceder con acciones de recaudación de reclamaciones.**

**Algunos miembros de la unidad familiar tienen que estar inscritos para trabajar si desean recibir SNAP/Cupones para Alimentos.** Su encargado le informará quién en su unidad familiar tiene que estar inscrito para cualificar. Si esto sucede, Ud. tendrá que presentarse para una entrevista en el Departamento de Trabajo y Desarrollo de la Fuerza Laboral (DOLWD, Department of Labor and Workforce Development). Allí le preguntarán sobre sus trabajos anteriores y le ayudarán a prepararse para obtener empleo.

**Puede obtener más beneficios de SNAP/Cupones para Alimentos si Ud. tiene comprobante de los siguientes tipos de gastos:**

- Médicos
- Por cuidado de niños o de dependientes
- Por manutención infantil
- De vivienda o servicios públicos

**Su encargado de casos del DHS puede ayudarle a obtener comprobantes.** No obstante, Ud. tiene que informar del gasto y darnos comprobante. Si no nos informa de estos gastos y no nos da comprobante, asumiremos que Ud. no quiere la deducción y no recibirá beneficios de SNAP/Cupones para Alimentos adicionales.

### **Información sobre Familias Primero:**

Si recibe pagos de dinero en efectivo de Familias Primero para los que no cualifica, Ud. tiene que devolver el dinero al Estado. Ud. puede:

- Pagar tomando de sus pagos en efectivo de Familias Primero.
- Pagar en efectivo, si no recibe Familias Primero.

Si da información incorrecta u oculta datos para obtener pagos de dinero en efectivo de Familias Primero, Ud. puede ser llevado ante un tribunal. Se podrá presentar en su contra acusación de perjurio (mentir bajo juramento), robo u otro delito, y podrá ser sentenciado a tiempo en la cárcel. Una infracción deliberada de las normas de Familias Primero se denomina Infracción Intencional del Programa. Si es hallado culpable, podría ser suspendido de Familias Primero:

- Por 6 meses la primera vez;
- Por 1 año la segunda vez; y
- Para siempre la tercera vez

Es ilícito obtener pagos de dinero en efectivo en dos estados al mismo tiempo. A quien lo haga se le podrán cortar pagos en efectivo por 10 años.

**Sus hijos pueden recibir beneficios de Familias Primero O de SNAP/Cupones para Alimentos pero no Ud. si es que Ud.:**

- es delincuente fugitivo;
- infringió su régimen de libertad condicional o vigilada;
- fue declarado culpable de un delito grave relacionado con drogas, que fue cometido después del 22 de agosto de 1996, a menos que satisfaga una excepción específica.

Su encargado de casos puede darle mayor información sobre la excepción.

**Para obtener pagos de dinero en efectivo de Familias Primero, Ud. tiene que firmar y seguir un Plan de Responsabilidad Personal.** Este plan puede exigirle que asista a una actividad laboral.

### **Información importante sobre Manutención Infantil y Familias Primero:**

**Ud. puede recibir pagos de dinero en efectivo de Familias Primero y manutención infantil al mismo tiempo.** Si recibe Familias Primero, Ud. tiene que ayudarnos a comprobar la paternidad del menor. También tiene que colaborar con nosotros para recaudar la manutención infantil de los menores en Familias Primero. No intentaremos recaudar manutención si Ud. da prueba de que haya una buena razón para no hacerlo. Todo pago de manutención infantil tiene que ir primero al DHS. Si el padre/madre le entrega dinero directamente, Ud. tiene que enviarlo al DHS. **Tal vez se le pueda devolver a Ud. todo o parte del pago de manutención infantil.** Estos pagos se denominan pagos transferidos de manutención infantil.

La cantidad de su pago transferido de manutención infantil depende tanto de su “necesidad no cubierta” como de la cantidad pagada por manutención infantil. Nosotros calculamos su necesidad no cubierta en base a:

- El número de personas cubiertas por el pago de dinero en efectivo de Familias Primero
- La cantidad que Ud. recibe por otros ingresos
- Puede preguntarle a su encargado de casos del DHS cuánto le corresponde por necesidad no cubierta.

**¿Desea presentar la solicitud para votar en las próximas elecciones?** Las leyes estatales y federales nos exigen que le preguntemos si desea inscribirse para votar. Tenemos que hacerle esta pregunta cada vez que Ud. solicite beneficios o vuelva a solicitarlos, cuando sea recertificado para beneficios, o si nos llama para informarnos que se ha mudado. Le ayudaremos a llenar todos los formularios.

### **Información sobre el Registro de Electores:**

- Los beneficios que pueda recibir del DHS no se verán afectados por su decisión de registrarse para votar o no.
- Nosotros podemos ayudarle a presentar la solicitud. Ud. decide si es que desea recibir ayuda. Puede llenar el formulario en privado.
- Puede presentar una queja ante el Coordinador de Elecciones, a la siguiente dirección:  
Coordinator of Elections, Secretary of State’s Office, 900 William R. Snodgrass Tennessee Tower, Nashville, TN 37243, 1-615-741-7956, Tennessee Relay Center, 1-800-848-0299, si cree que:
  - Alguien ha interferido en el ejercicio de su derecho de registrarse, o para rehusar a registrarse para votar;
  - Alguien ha interferido en el ejercicio de su derecho a privacidad al decidir si se registrará o al presentar la solicitud de inscripción para votar.

- Si elige registrarse o se rehúsa a ello, nosotros no daremos a conocer su decisión ni el lugar en donde presentó la solicitud a nadie fuera de la comisión electoral. Usaremos la información sólo para fines de inscripción.
- Ud. no puede votar hasta que reciba su tarjeta de registro de elector. Si no recibe la tarjeta en tres semanas, verifique con la Comisión Electoral.
- La Comisión Electoral del Condado verificará si Ud. puede inscribirse para votar. Esto **no** lo hace ni el DHS ni la Oficina de TennCare.
- Si envía por correo su solicitud a la comisión electoral de su condado, tiene que votar en persona la primera vez que lo haga.
- Le enviaremos por correo el formulario “Solicitud por Correo para Registro de Electores” (Mail-In Application for Voter Registration) en un plazo de 30 días, si es que nos informa por teléfono o internet acerca de:
  - un cambio de dirección;
  - una solicitud;
  - una nueva solicitud;
  - una recertificación;
  - una revisión.

Si quedan menos de 30 días para la fecha límite de inscripción, le enviaremos el formulario por correo en el curso de 5 días, o el siguiente día laborable si es posible.

#### **HIPAA:**

La ley federal **HIPAA** dispone que tenemos que mantener la confidencialidad de los datos sobre su salud. También establece que tenemos que darle este aviso. He aquí las normas que tenemos que seguir para mantener la confidencialidad de los datos sobre su salud. Estas normas pueden cambiar y. Si se hacen cambios importantes, se lo informaremos.

#### **A fin de determinar su elegibilidad para Familias Primero, el DHS podrá compartir su información privada de salud con:**

- Algunos empleados del Departamento que lo necesiten para decidir si es que Ud. puede recibir Familias Primero.
- El DHS también podrá compartir su información privada de salud con el Departamento federal de Salud y Servicios Humanos, pues ellos supervisan el programa de Familias Primero.

**Con su consentimiento previo y por escrito, el DHS podrá compartir su información privada de salud con cualquier otra persona o entidades, tales como** sus proveedores de cuidados de salud, un abogado y/o miembros de su familia.

#### **Si no le es posible proporcionar consentimiento previo y por escrito, el DHS podrá compartir su información privada de salud con:**

- Un representante autorizado - quien tendrá también el derecho de proporcionar consentimiento por escrito para divulgar su información privada de salud a otros individuos o entidades;
- Un miembro de su familia u otros involucrados en sus cuidados de salud. Ud. podrá pedirnos que no les demos información. De ser posible, haremos lo correspondiente. Si Ud. es menor de edad o se encuentra en una emergencia, puede no sernos posible hacer lo que pide.

#### **Sin ningún consentimiento previo, el DHS podrá también compartir su información privada de salud con:**

- Una agencia supervisora de la salud o con las fuerzas del orden, según lo exija la ley a fin de investigar denuncias de presuntos fraudes relacionados con recibo de beneficios del programa;
- Cualquier otro individuo o entidad, incluyendo las fuerzas del orden y otras agencias del gobierno, cuando así lo permita la ley o lo exija una orden del tribunal;
- Otro individuo o entidad para fines de investigación, según lo permita la ley.

## **DERECHOS SOBRE SU INFORMACIÓN DE SALUD**

### **Usted tiene derecho a:**

- Ver sus expedientes médicos, salvo en los casos limitados por la ley.
- Obtener copias de sus expedientes médicos, salvo en los casos limitados por la ley.
- Hablar con nosotros sobre cómo usamos y compartimos su información médica.
- Pedirnos que modifiquemos la información sobre su salud que considere incorrecta. Tiene que solicitar esto por escrito y explicar por qué. Es posible que no podamos modificarla y, si no lo hacemos, le explicaremos por qué.
- Pedirnos que no divulguemos algunos datos de su información médica. Tiene que solicitarnos esto por escrito, e indicarnos los datos que no desea que divulguemos. También tiene que decirnos a quién no desea que proporcionemos esa información; pero puede haber algunas ocasiones cuando no podamos aceptar su solicitud, y le explicaremos por qué.
- Revocar su consentimiento de divulgación de su información médica. Si Ud. firmó un formulario de autorización, puede revocarlo en cualquier momento. No obstante, tiene que hacerlo por escrito. Esto no cambiará ningún dato que ya hayamos compartido.
- Pedirnos que nos comuniquemos con Ud. de otra forma o a un domicilio distinto. Tiene que informarnos por escrito.
- Pedir una copia de las prácticas de privacidad del DHS.

## **PREGUNTAS o QUEJAS**

**¿Tiene preguntas acerca de este aviso? Por favor llame al 1-888-863-6178. En el Condado de Davidson, llame al 313-5790. TTY# 1-800-270-1349.**

**¿Tiene alguna queja acerca de cómo se manejó su información privada de salud? Puede llamar o escribir a una de las oficinas listadas a continuación para hacer preguntas o presentar una queja. Ud. no perderá su elegibilidad si presenta una queja o hace alguna pregunta.**

De conformidad con las leyes federales y las políticas del Departamento de Agricultura de EE.UU. (USDA, U.S. Department of Agriculture) y del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU. (HHS, U.S. Department of Health and Human Services), se le prohíbe a esta institución discriminar en base a raza, color, nacionalidad de origen, edad, discapacidad, sexo, género de identificación, religión, represalias, y cuando corresponda, creencias políticas, estado civil, situación familiar o por ser padre/madre, orientación sexual, o si todo o parte del ingreso del individuo se deriva de cualquier programa de asistencia pública, o información genética protegida en el empleo o en cualquier programa o actividad conducido o financiado por el Departamento. (No todos los criterios bajo prohibición corresponderán a todos los programas y/o actividades de empleo.)

Para presentar una queja por discriminación, comuníquese con el USDA o el HHS. Complete el Formulario de Queja por Discriminación en el Programa del USDA, que puede hallarlo en línea en internet en [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html), o en cualquier oficina del USDA, o llame al (866)632-9992 para solicitar el formulario. También puede escribirnos una carta conteniendo toda la información solicitada en el formulario. Envíenos su formulario de queja completado o su carta por correo a U.S. Department of Agriculture, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, DC 20250-9410, por fax al (202) 690-7442 o por correo electrónico a [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov). Individuos sordos, con dificultades de audición o con discapacidades de lenguaje, pueden contactar al USDA a través del Sistema de Intercomunicación Federal (Federal Relay Service) al (800)877-8339; o al (800)845-6136 (Español). El USDA y el HHS son proveedores y empleadores con oportunidades equitativas.

También puede escribir a Tennessee DHS, Office of General Counsel, Citizens Plaza Building, 400 Deaderick Street, Nashville, TN 37243, (615) 313-4700.

**Su derecho a una audiencia justa:**

¿Qué sucede si no está de acuerdo con lo que nosotros decidamos sobre su solicitud o su caso? Ud. puede apelar para una audiencia justa. En la audiencia Ud. podrá hablar a nombre propio. Ud. también podrá traer a un amigo, pariente o abogado que hable a nombre suyo. Después de recibir nuestra comunicación, tendrá 90 días para presentar una apelación para beneficios de Familias Primero y Cupones para Alimentos. **Si quiere que sus beneficios continúen mientras se decide la apelación, tiene que solicitárnoslo en un plazo de 10 días para Familias Primero y Cupones para Alimentos. Si Ud. pierde la apelación, es posible que tenga que reembolsar los beneficios que recibió durante el período mientras se decidía su apelación.** Si desea presentar una apelación, dígaselo a su encargado de casos del DHS. También puede llamar al Centro de Servicio de Asistencia Familiar al 1-866-311-4287. Es una llamada gratuita.

**Permiso para la divulgación de registros de asistencia escolar:**

Yo (cliente), autorizo al Departamento de Educación de Tennessee o a la escuela de mi hijo para que entreguen los expedientes de asistencia escolar de los menores incluidos en esta solicitud al Departamento de Servicios Humanos de Tennessee. El Departamento de Servicios Humanos usará estos expedientes, incluyendo los números de seguridad social, para ayudarme a satisfacer mis responsabilidades de Familias Primero, y los expedientes serán destruidos cuando ya no se necesiten.

**Permiso para contactarme:**

Autorizo al DHS para que se comunique conmigo por Correo de EE.UU. y por teléfono al domicilio y los números indicados en mi solicitud, y para que me deje mensajes cuando no me encuentre disponible, según sea necesario para proporcionar información sobre mi solicitud de beneficios/servicios, o sobre los beneficios/servicios que ya estoy recibiendo.